FEUILLE DE TRAVAIL – TÂCHES DE LA SEMAINE DU CONTRÔLE DES INFECTIONS

TÂCHE	DATE DE L'ACTIVITÉ	ACHEVÉ LE (*DATE CIBLE*)	CONTACTS		RÉSERVATIONS		ACHEVÉ LE (*DATE*)	PROBLÈMES/NOTES
			NOM	TÉLÉPHONE	MATÉRIEL/ÉQUIP. REQUIS	LIEU DE L'ACTIVITÉ		